

3. Найбільш несприятливи щодо виникнення розладів матково-плацентарної, плодово-плацентарної та поєднаних порушень гемодинаміки і несприятливих перинатальних наслідків є розташування плаценти повністю або частково в проекції міоматозних вузлів. У цьому разі значно зростає ризик розвитку тяжких форм плацентарної дисфункції та передчасного відшарування плаценти.

4. Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні можливостей поєднання ультразвукового дослідження з доплерометрією після 20-го тижня вагітності та розробки диференційних підходів у лікуванні гемодинамічних розладів, що сприятиме зниженню частоти акушерських і перинатальних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Іванюта Л. І.* Лейомиома матки (причини виникнення, діагностика, принципи лікування) / Л. І. Іванюта, С. О. Іванюта // Діагностика та лікування. — 2002. — № 3. — С. 44-48.

2. *Калашников С. А.* Диагностическое и прогностическое значение доплерометрии кровотока в системе мать-плацента-плод у беременных : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С. А. Калашников. — М., 1994. — 22 с.

3. *Милованов А. П.* Патология системы мать-плацента-плод : рук. для врачей / А. П. Милованов. — М. : Медицина, 1999. — 312 с.

4. *Особенности маточно-плацентарно-плодового кровообращения у беременных с лейомиомой матки* / Коломийцева А. Г., Диденко Л. В., Жабченко Н. Я. и др. // Здоровье женщины. — 2004. — Вып. 17, № 1. — С. 11-13.

5. *Савельева Г. М.* Плацентарная недостаточность / Г. М. Савельева, М. В. Федорова. — М., 1998. — 212 с.

6. *Сидорова И. С.* Цветовое доплеровское картирование у больных миомой матки / И. С. Сидорова, И. Н. Капустина, С. А. Леваков // Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии. — 1999. — № 7 (4). — С. 308-311.

7. *Тихомиров А. Л.* Патогенетическое обоснование ранней диагностики, лечения и профилактики миомы матки : дис. ... д-ра мед. наук / А. Л. Тихомиров. — М., 1998. — С. 12-14.

8. *Deckner C.* Diagnostik uteriner Gefassfehlbildung mittels Dopplersonographie / C. Deckner, M. Schiesser, G. Bastert // Ultraschall Med. — 2004. — B. 25 (2). — S. 141-143.

9. *Three dimensional power Doppler in the evaluation of painful leiomyomas and focal uterine thickening in pregnancy* / Degani S. et al. // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 2007. — Vol. 99 (2). — P. 122-126.

10. *Parker W. H.* Etiology, symptomatology and diagnosis of uterine myomas / W. H. Parker // Fertil Steril. — 2007. — Vol. 87, N 4. — P. 725-736.

УДК 616.248-053.2-097:577.1

С. І. Прунчак, І. Ф. Прунчак

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ БАЗИСНОЇ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ З РІЗНИМИ ТИПАМИ АЦЕТИЛЮВАННЯ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Вступ

Одним із пріоритетних напрямків сучасної алергології є пошуки адекватного базисного лікування бронхіальної астми у дітей. Вирішення даного питання залишається головним завданням педіатрів й алергологів, оскільки сприятиме зменшенню частоти госпіталізацій та покращанню якості життя таких пацієнтів [1].

Однак наразі не існує універсального засобу, який розв'я-

зав би проблему контролю над бронхіальною астмою. У сучасних міжнародних рекомендаціях щодо менеджменту бронхіальної астми вказується на доцільність застосування з вищевказаною метою антагоністів лейкотрієнових рецепторів [2]. Окремі дослідники віддають перевагу препаратам групи мембраностабілізаторів, проте більшість усе ж таки переконується у необхідності використання інгаляційних глюкокортикостероїдів, особливо за тяжкого

неконтрольованого варіанта перебігу захворювання [3].

Водночас слід зазначити, що проблема, яка постає перед практичним лікарем щодо адекватного призначення базисної протирецидивної терапії бронхіальної астми, досить складна, оскільки необхідно застосувати індивідуальний підбір медикаментозного лікування. Вибір препарату має ґрунтуватися на засадах максимальної безпечності для пацієнта, легкості при використанні та дотриманні



принципу «витрати-ефективність» [4].

Таким чином, проблема контролю над бронхіальною астмою у дітей, особливо при тяжкому перебігу захворювання, остаточно ще не розв'язана, що потребує подальшого вивчення із врахуванням, на нашу думку, індивідуальних, генетично детермінованих, особливостей організму.

Мета дослідження — розробити оптимальні підходи до призначення базисної протирецидивної терапії на підставі вивчення клініко-імунологічних особливостей перебігу бронхіальної астми у дітей з різними типами ацетилювання.

Матеріали та методи дослідження

В умовах пульмонологічного відділення ОДКЛ № 1 (Чернівці) проведено комплексне клініко-параклінічне й імунологічне обстеження I–II рівня 117 дітей шкільного віку. Вивчалися показники клітинного та гуморального імунітету: визначали киснезалежний метаболізм еозинофільних і нейтрофільних гранулоцитів крові за тестом із нітросинім тетразолієм (НСТ-тест) у спонтанному та стимульованому пірогеналом варіантах із виявленням його резерву, а також кількість Т-лімфоцитів та їх субпопуляцій, вмісту в сироватці крові імуноглобулінів класів А, М, G, інтерлейкіну-4 (IL-4) та загального IgE. Окрім того дітям, хворим на бронхіальну астму, проводили визначення генетичного маркера — типу ацетилювання за методом Пребстінг — Гаврилова в модифікації Тимофєєвої з використанням як тест-препарату сульфадимезину. Із загальної когорти хворих було виділено 49 дітей із тяжким перебігом захворювання, які залежно від типу ацетилювання сформували клінічні групи порівняння. До I клінічної групи (з повільним типом ацетилювання), у якій середній відсоток ацетильованого сульфадимезину становив

65,8 %, увійшли 33 пацієнти; II клінічну групу утворили 16 дітей зі швидким типом ацетилювання та виходом ацетильованого сульфадимезину, у середньому, на рівні 82,1 %.

За основними клінічними характеристиками групи спостереження були порівнюваними. Так, хлопчиків у I групі було 72,7 %, а у II групі — 81,2 % ($P > 0,05$). Середній вік пацієнтів I групи дорівнював 11,1 року, а представників II — 12,4 року ($P > 0,05$). За місцем проживання дітей також суттєвої різниці виявлено не було, зокрема, частка міських мешканців у I групі сягала 36,4 %, а у II — 56,2 %.

Клінічне визначення важкості бронхообструкції проводили в динаміці за бальною оцінкою. Тяжкість перебігу захворювання та лікувальну тактику наступного періоду оцінювали згідно з рекомендаціями міжнародного консенсусу GINA-2004 та наказом МОЗ України № 767 від 27.12.2005 р. Відповідно до вказаних протоколів призначали засоби протизапальної терапії для зменшення тяжкості та частоти рецидивів загострення захворювання. Так, при легкому перистуючому перебігу захворювання в окремих випадках застосовували мембраностабілізуючі препарати (інтал по 5 мг по 1–2 інгаляції 2–4 рази на добу впродовж не менше 3 міс.). Також призначали інгаляційні глюкокортикостероїди (ІГКС) у низьких дозах (у перерахунку за беклометазоном до 200 мкг/добу). За їх неефективності, особливо при середньотяжкому та тяжкому персистуючому перебігу астми, з цією метою використовували ІГКС-препарати в режимі середніх доз (у перерахунку по беклометазону 200–400 мкг/добу при середньотяжкому перебігу та більше 400 мкг/добу при тяжкій астмі впродовж не менш як 3 міс.).

Статистична обробка одержаних результатів виконувалася на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм "Statistika 5.0".

З позицій клінічної епідеміології визначали атрибутивний (AP) і відносний ризик (BP), а також співвідношення шансів (CS). Ефективність проведеного лікування оцінювали за зниженням атрибутивного та відносного ризиків з урахуванням необхідної кількості хворих, яким потрібно виконати лікування для отримання одного позитивного результату. Дослідження проведені з дотриманням положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину і рекомендацій Комітету з біоетики при Президії АМН України.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведення аналізу отриманих даних, враховуючи фрагментарне призначення мембраностабілізаторів, що пов'язане з недостатнім розповсюдженням цих препаратів на фармацевтичному ринку України, та зважаючи на те, що найкращими виявилися результати при використанні ІГКС, нами проведений аналіз частоти їх застосування з профілактичною метою пацієнтам груп порівняння.

Було відмічено, що у I клінічній групі частота призначення ІГКС, згідно з рекомендаціями глобальної ініціативи з бронхіальної астми (GINA-2004), становила 61,7 % випадків, а у хворих II групи — 52,0 % ($P_{\varphi} > 0,05$). Водночас, за тяжкої астми в хворих із повільним типом ацетилювання вірогідно частіше застосовували дані препарати, що становило 75,7 % випадків, а в групі порівняння — 50,0 % ($P_{\varphi} < 0,05$).

Враховуючи наведені результати, проаналізовано вплив проведеної протирецидивної терапії на частоту нападів астми та госпіталізації пацієнтів груп порівняння з тяжкою бронхіальною астмою впродовж останнього року (таблиця).

Таким чином, наведені результати показали, що частота нападів астми на фоні призначення базисної терапії у пацієн-



**Показники частоти госпіталізації
та нападів астми впродовж року серед пацієнтів
груп порівняння з тяжкою астмою
з урахуванням протирецидивної терапії ІГКС, M±m**

Показники	Клінічні групи / тип ацетилювання		
	I група — повільний тип	II група — швидкий тип	P
Частота госпіталізацій за рік використання ІГКС без застосування ІГКС	3,0±0,3 3,1±0,2	2,5±0,3 3,1±0,3	>0,05 >0,05
Частота нападів астми за рік використання ІГКС без застосування ІГКС	7,3±0,4 7,6±0,5	7,3±0,8 8,1±0,5	>0,05 >0,05

тив груп порівняння однакова. Разом із тим, у хворих із повільним типом ацетилювання напади астми були тяжкими, можливо, внаслідок стимуляції нейтрофільних лейкоцитів крові, які загалом визначали тип запалення дихальних шляхів у цих хворих, що потребувало частішого стаціонарного лікування [5]. Показники ризику зменшення частоти госпіталізацій до 2,5 рази на рік при призначенні ІГКС як протирецидивної терапії пацієнтам зі швидким типом ацетилювання по відношенню до повільних «ацетиляторів» становили: ВР=1,6 (95 % ДІ: 0,9–4,8); ВШ=1,8 (95 % ДІ: 1,1–6,7).

Визначені показники ефективності застосування ІГКС як базової протирецидивної терапії у хворих зі швидким ацетиляторним фенотипом по відношенню до пацієнтів із повільним типом ацетилювання свідчили про зниження АР на 11,0 % і ВР повторних госпіталізацій — на 25,0 % (95 % ДІ: 9,8–36,7) при мінімальній кількості хворих, яким необхідно провести лікування для отримання позитивного результату, 9,0 (95 % ДІ: 2,1–16,4).

Водночас, за відсутності застосування ІГКС як основних препаратів протирецидивної терапії, у хворих I клінічної групи напади астми відмічалися рідше, ніж у дітей групи порівняння. Даний феномен, можливо, пов'язаний з особливостями запального процесу в бронхах у

пацієнтів із повільним типом ацетилювання та відсутністю стимулювального впливу цих медикаментів на нейтрофільні гранулоцити крові у цієї категорії хворих, а також їх впливом на апоптоз еозинофілів — медіаторних клітин запалення у дітей зі швидким ацетиляторним фенотипом [6].

Таким чином, оцінка базисного протирецидивного лікування показала, що використання ІГКС виявилось найефективнішим у дітей зі швидким ацетиляторним фенотипом, що відбивалося у показниках АР і ВР частоти госпіталізацій цих хворих. Зниження показників вказує на доцільність застосування даних препаратів. Поряд із цим, у пацієнтів із повільним типом ацетилювання протирецидивне лікування ІГКС виявилось менш ефективним, що, на нашу думку, пов'язано як з особливостями перебігу запального процесу бронхів при тяжкому варіанті астми, так і з реалізацією стимулювального впливу цих препаратів на нейтрофільні гранулоцити, які беруть участь у розвитку запального процесу в дихальних шляхах [7]. Виходячи з цього, нами зроблено припущення про необхідність інших варіантів протизапальної терапії в даних пацієнтів. Так, можливо, замість підвищення дози ІГКС слід використати їх комбінацію з β_2 -агоністами тривалої дії чи поєднувати з призначенням низьких доз метилксанти-

нів або використовувати нестероїдні протизапальні препарати (кромони), що знижують активність нейтрофілів. Проте не виключається вірогідність і комбінації ІГКС з антагоністами лейкотрієнових рецепторів, що пов'язано з особливостями активності метаболічних процесів у дітей з низькою активністю N-ацетилтрансферази [8].

Висновки

1. Використання інгаляційних глюкокортикостероїдів як засобів базисної протирецидивної терапії виявилось найбільш ефективним у пацієнтів зі швидким типом ацетилювання.

2. Показники ризику зменшення частоти госпіталізацій до 2,5 рази на рік при застосуванні ІГКС у пацієнтів зі швидким типом ацетилювання по відношенню до повільних «ацетиляторів» становили: відносний ризик дорівнював 1,6 (95 % ДІ: 0,9–4,8) при відношенні шансів 1,8 (95 % ДІ: 1,1–6,7).

3. Про ефективність застосування інгаляційних глюкокортикостероїдів у пацієнтів зі швидким типом ацетилювання також свідчило зниження атрибутивного ризику на 11,0 % і відносного ризику повторних госпіталізацій — на 25,0 % (95 % ДІ: 9,8–36,7) при мінімальній кількості хворих, яким необхідно провести лікування для отримання позитивного результату, 9,0 (95 % ДІ: 2,1–16,4).

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці найбільш раціональних схем індивідуальної базисної протирецидивної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сучасні можливості вибору оптимальної базисної терапії бронхіальної астми у дітей / Л. В. Беш, В. І. Бергтрам, І. З. Мушак, О. І. Мацюра // Современная педиатрия. — 2006. — Т. 4, № 13. — С. 24–26.

2. Montelukast reduces asthma exacerbations in 2- to 5-year-old children with intermittent asthma / Bisgaard H.,



Zielen S., Garcia-Garcia M. L. et al. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2005. — Vol. 171. — P. 315–322.

3. Недельская С. Н. Опыт применения препарата «Беклазон-эко легкое дыхание» у детей, больных бронхиальной астмой / С. Н. Недельская // *Современная педиатрия.* — 2006. — Т. 4, № 13. — С. 28–31.

4. Оптимизация терапии тяжелой бронхиальной астмы у детей с позиции анализа «затраты/эффективность»

/ Петров В. И., Смоленов И. В., Пономарева Ю. В. и др. // *Аллергология.* — 2003. — № 1. — С. 3–10.

5. McDougall C. M. Neutrophil airway inflammation in childhood asthma / C. M. McDougall, P. J. Helms // *Thorax.* — 2006. — Vol. 61. — P. 739–741.

6. Mann B. S. Blood neutrophil activation markers in severe asthma: lack of inhibition by prednisolone therapy / B. S. Mann, K. F. Chung // *Respir. Research.* — 2006. — № 7. — P. 59–69.

7. Increase in airway neutrophils after oral but not inhaled corticosteroid therapy in mild asthma / Nguyen L. T., Lim S., Oates T. et al. // *Respir. Med.* — 2005. — Vol. 99. — P. 200–207.

8. Генотипический и фенотипический полиморфизм N-ацетилтрансфераз в роли предикторов бронхолегочных заболеваний / Яковлева О. А., Косован А. И., Дякова О. В. и др. // *Пульмонология.* — 2003. — № 4. — С. 115–121.

УДК 616.314-089.28

М. В. Розуменко

ВПЛИВ ЗУБНОГО ЕЛІКСИРУ «ЛІЗОМУКОЇДУ» І ГЕЛЮ «ШАВЛІЄВОГО» НА СТУПІНЬ ДИСБАКТЕРІОЗУ Й АНТИОКСИДАНТНО-ПРООКСИДАНТНИЙ ІНДЕКС ПОРОЖНИНИ РОТА ПРИ ПЕРЕПРОТЕЗУВАННІ СУЦІЛЬНОЛИТИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

В осіб, що потребують протезування, а також післяпротезування, спостерігаються суттєві зміни саливації [1] і мікробіоценозу [2; 3], що призводять до розвитку запально-дистрофічних захворювань пародонта й слизової оболонки порожнини рота [4; 5]. Особливо вираженими є зміни після 1–3 років користування незнімними конструкціями [6].

Такі пацієнти мають потребу в постійному застосуванні засобів, що сприятливо впливають на саливацію, мікробіоценоз і функціональний стан тканин порожнини рота.

Одними з таких засобів є зубний еліксир «Лізомукоїд», що містить лізоцим, інгібітор протеаз овомукоїд й активатор лізоциму цетавлон (цетримід) [7], і гель «Шавлієвий» з екстрактом шавлії [8].

Мета дослідження полягала у вивченні стану мікробіоцено-

зу порожнини рота й рівня маркерів запалення в ротовій рідині у пацієнтів до протезування, перед перепротезуванням, після перепротезування за використання «Лізомукоїду» і гелю «Шавлієвого».

Матеріали та методи дослідження

Клінічні спостереження проведено на 15 пацієнтах, що потребували перепротезування. Вік пацієнтів становив від 31 до 49 років; досліджувані були розподілені за статтю (6 жінок і 9 чоловіків); із групи дослідження ми виключили осіб із хронічними захворюваннями травного тракту, що мали випадки дисбактеріозу в анамнезі, хворих на цукровий діабет.

Усі пацієнти були протезовані суцільнолитими мостоподібними протезами з керамічним облицюванням.

Досліджувані були поділені на дві групи: перша — група порівняння (без застосування

медикаментозних засобів) включала 7 осіб, друга — основна група (із застосуванням зубного еліксиру «Лізомукоїд» і гелю «Шавлієвого») — 8 осіб.

Пацієнти обох груп звернулися в клініку зі скаргами на дефекти керамічного облицювання, біль при накушуванні на опорні зуби, гіперемію ясен у ділянці проміжної частини мостоподібних протезів.

Зубний еліксир «Лізомукоїд» (ТУ В 24.13903778-37-2005, гігієнічний висновок МОЗ України № 05.03. 02-04/29065 від 04.07.05 р.) застосовувався для полоскань порожнини рота в розведенні 1–2 чайні ложки на 50 мл води 3–5 разів на день після їди протягом 1–2 хв.

Гель «Шавлієвий» (ТУ В 02012102-001-2001, гігієнічний висновок МОЗ України № 5 04 03/ 4156 від 29.01.2001 р.) застосовувався для масажу ясен у ділянці протезного поля двічі на день.

Контролем служили 12 здорових осіб. Вони були протезо-

